

記載例 (一部を抜粋して掲載しているため、実際の様式とは異なります。)

- ・ 受給者番号、受給者氏名、申請者、保険の種類欄
 - 登録内容を記載していますので、訂正が必要な場合は訂正箇所^①に二重線を引いて、余白に正しい内容を記載してください。記載内容に不足がある場合は、書き足してください。(変更等がなければ記載不要です。)
- ・ 生計中心者氏名、対象患者との続柄、生計中心者の市町村民税課税状況欄
 - 印字していませんので、記載してください。
 - ※なお、「生計中心者の市町村民税課税状況」欄で「非課税」を選択する場合、原則、世帯全員分の市町村民税課税証明書が必要となりますので、Cの表面「更新申請に必要な書類の一覧」④を確認してください。
- ・ 申請欄 → 申請年月日を記載してください。

受給者番号	9 0 0 0 0 0 0	保健所記入欄→ (※修正しないでください)	保健所	北海道	コード	01
受給者氏名	北海道 太郎		自己負担区分	<u>有</u>	無	
申請者	氏名	北海道 太郎	対象患者との続柄	本人		
	住所	(〒 000 - 0000) □□市 □□町 □□丁目 □□番地□ ××番地×		訂正が必要な箇所に二重線を引き、余白に正しい内容を記載してください		
	保険の種類	<u>被用者</u> 協会・組合・船員・共済	<u>国保</u>	(電話000-0000-0000)		
		後期高齢 ・ 国保組合 (建設・歯科医師・薬剤師・医師) ・ その他 ()				
生計中心者氏名		対象患者との続柄	生計中心者の市町村民税課税状況	課税・非課税		
		記載	記載	当てはまる方を選択		

「生計中心者氏名」・「対象患者との続柄」・「生計中心者の市町村民税課税状況」を記載してください。(全員共通)

※なお、「生計中心者の市町村民税課税状況」欄で「非課税」を選択する場合、原則、世帯全員分の市町村民税課税証明書が必要となりますので、Cの表面「更新申請に必要な書類の一覧」④を確認してください。

北海道知事 様
ウイルス性肝炎進行防止対策 (B・C型ウイルス性慢性肝炎) 医療受給者証の有効期限の更新を申請します。
年 月 日

申請年月日を記載してください。(全員共通)

以下は、医師が記載する欄となりますので、医師に記載を依頼してください
(※氏名、性別、生年月日のみ印字しております)

ウイルス性肝炎 (B・C型ウイルス性慢性肝炎) 臨床調査個人票 } ※疾患により名称が異なります
ウイルス性肝炎 (肝硬変・ヘパトーム) 臨床調査個人票 (更新)

ふりがな	ほっかいどう たろう	性別	<u>1.男</u>	生年月日	(和暦) 昭和〇〇年〇〇月〇〇日生 (満 〇〇 歳)
氏名	北海道 太郎		2.女		
生活状況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 ()) 日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)				